

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczaną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

Imię i Nazwisko :

PESEL :

Adres zamieszkania :

Potwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka
- w czasie porodu w dniu

Potwierdzam, że jako lekarz

mam zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia * TAK/NIE

jestem zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej * TAK/NIE

posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie :

- położnictwa
- ginekologii
- perinatologii
- neonatologii

* właściwe podkreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza)